**Fiche d’inscription**

**IPCH - France**

**Institut de Psychosomatique Clinique et Humaniste**

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Tel :

Mail :

Profession :

Formations antérieures :

Motivations :

**Clauses de Confidentialité**

Je soussigné(e) ............................m’engage à respecter les clauses suivantes :

•  Respect strict de la confidentialité au sein de la formation et en dehors, que ce soit en groupe ou en individuel.

•  L’utilisation des noms : Dr Salomon Sellam ou Psychosomatique Clinique doit faire l’objet d’une autorisation écrite de l’IPCH France.

•  Les supports fournis restent la propriété exclusive d’IPCH France et ne peuvent être reproduits sans autorisation écrite préalable.

•  Tout manquement à la déontologie peut faire l’objet d’une exclusion de la formation.

Fait à .................... le......................

Signature du participant Signature du représentant de l’IPCH